



Consentimiento Informado para
Cirugía de la Incontinencia
Urinaria

Consentimiento Informado para Cirugía de la Incontinencia Urinaria

Consentimiento Informado para Cirugía de la Incontinencia Urinaria

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a:

CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende la corrección o mejoría de la incontinencia.
- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
- Mediante estas técnicas, de las que la más frecuente se realiza por una vía combinada vaginal y abdominal, a través de pequeñas incisiones en la vagina se dan unos puntos que elevan y fijan la
- Uretra y la vejiga que se encuentran excesivamente móviles o caídas. Estos puntos son transferidos y anudados detrás del pubis a través de una mínima incisión abdominal o se utiliza para ello un trozo de tejido propio o autólogo. En determinadas pacientes puede ser necesaria la corrección de defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele).
- El médico me ha dicho que esta cirugía presenta una gravedad moderada y puede ser realizada, según las circunstancias, mediante anestesia regional.
- El postoperatorio suele ser corto (3-4 días de media), aunque en ocasiones es recomendable que la paciente sea dada de alta portando una sonda uretral o suprapúbica o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que ésta se acomode a su nueva situación.
- Otras técnicas similares a la anterior se desarrollan exclusivamente a través de una mayor incisión abdominal.
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como no conseguir una mejoría de la incontinencia y/o descenso vesical, ya que estas técnicas simples presentan un índice de fallos postquirúrgicos que oscila entre el 10-40% en función de las pacientes, o no poder orinar espontáneamente (por retención urinaria o por atrapamiento Uretral durante la cirugía) pudiendo precisar una nueva intervención quirúrgica que lo corrija.
- También comprendo que puede producirse hemorragia intensa tanto durante la cirugía como tras ella cuyas diversas consecuencias van desde la necesidad de transfundir sangre a la reintervención con posibilidad de muerte como consecuencia del sangrado o de los tratamientos empleados, aunque es muy infrecuente, problemas derivados de la herida quirúrgica (disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal, infección en sus diferentes grados de gravedad, apertura de la herida, que puede necesitar reintervenciones, salida del paquete intestinal, necesitando reintervención, lesiones vesicales, con fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales, intolerancia al material de sutura con necesidad de extracción quirúrgica, formación de cálculos vesicales, coito doloroso, dispareunia, dolor en el pubis osteítis de pubis, inestabilidad vesical que provoca sensación de urgencia miccional, debilidad de los músculos de las piernas, parestias de cuádriceps/psoas, reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes, Neurinoma, caída del techo de la vagina o del intestino posterior y otras complicaciones extremadamente infrecuentes), tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso y hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que las alternativas son los fármacos, la inyección periuretral de teflón/colágeno/grasa y la rehabilitación del suelo pélvico, pero que en mi caso lo más aconsejable es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).